

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

N°.....

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention Médecine)

PAR

Enrique ROCA TAULER

Née le 8 Juin 1911 à Holguin (Cuba)

**Contribution à l'Étude
des
Zonas Bilatérales**

Président de Thèse : M. GOUGEROT, Professeur

LIBRAIRIE L. RODSTEIN

17, Rue Cujas, 17

PARIS (V°)

1935

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention Médecine)

PAR

Enrique ROCA TAULER

Née le 8 Juin 1911 à Holguin (Cuba)

Contribution à l'Étude des Zonas Bilatéraux

Président de Thèse: M. GOUGEROT, Professeur

LIBRAIRIE L. RODSTEIN

17, Rue Cujas, 17

PARIS (V°)

1935

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	PIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPEP.
	CARNOT.
	CLERC.
	Mareel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
	GOSSET.
Clinique chirurgicale	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
	MULON.
Professeurs sans chaire	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

BENARD Henri.... Pathologie médicale.
 BERNARD E. .. Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.). Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER.. Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 GALLIARD ... Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES..... Pathologie chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU . Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN .. Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBE (Henri). Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL. (

MM.

LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{me} J. LEVY .. Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI Neuro-psychiâtrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS..... Pathologie chirurgicale.
 PIEDELIEVRE. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHEL Physiologie.
 SANNIE Chimie biologique.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale et comparée.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.

ABRAMI Clinique médicale.
ALAJOUANINE. Clinique médicale.
AUBERTIN Clinique médicale.
BRULE Clinique médicale.
CHABROL Clinique médicale.
CHIRAY Clinique médicale.
DONZELOT .. Clinique médicale.
DUVOIR Clinique médicale.
LIAN Clinique médicale.

MM.

PASTEUR-VALLERY-RADOT. Clinique
médicale.
SEZARY Clinique médicale.
ECALLE Clinique obstétricale.
GUENIOT Clinique obstétricale.
LE LORIER ... Clinique obstétricale.
LEVY-SOLAL.. Clinique obstétricale.
METZGER Clinique obstétricale.

MM.

BASSET Clinique chirurgicale.
BROCQ Clinique chirurgicale.
CADENAT Clinique chirurgicale.
GATELLIER .. Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER. Clinique chirurgicale.
MOURE Clinique chirurgicale.
QUENU Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ ... Clinique chirurgicale.
VELTER Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé Education physique.
LEDoux-LEBARD Radiologie clinique
WEIL-HALLE Puériculture.
FREY Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE

ET

A MA MERE

*Que cette thèse soit le témoignage
de mon profond amour filial et ma
grande reconnaissance.*

A MA FIANCEE.

A MES FRERES.

A MA FAMILLE.

A MES AMIS.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GOUGEROT

Professeur de Clinique des maladies cutanées
et syphilitiques

à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

Officier de la Légion d'Honneur

*qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse. Témoignage de notre grande
et respectueuse admiration.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR LAFOURCADE
Assistant à l'Hôpital Saint-Louis
Ex-Interne des Hôpitaux

*qui nous a inspiré le sujet de cette
thèse et a bien voulu nous aider de
ses conseils. Qu'il veuille bien trou-
ver ici l'hommage de notre recon-
naissante et respectueuse gratitude.*

A MES MAITRES DES HOPITAUX
ET DE LA FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

A MES MAITRES DES HOPITAUX
ET DE LA FACULTE DE MEDECINE
DE LA HAVANE

INTRODUCTION

Si le mot Zona étymologiquement, signifie ceinture, on sait cependant que dans l'immense majorité des cas, le Zona réalise seulement une demi-ceinture. Donc, si l'on voulait apporter dans la définition de cette maladie un rigorisme, il serait plus conforme à la réalité des faits de recourir à l'expression d'hémi-Zona qui serait en somme plus justifiée.

Tous les auteurs s'accordent pour définir le Zona comme « une maladie caractérisée d'abord par une éruption vésiculeuse sur une base érythémateuse, mais de plus il s'accompagne de troubles nerveux et particulièrement de douleurs qui précèdent habituellement et toujours, suivent l'éruption cutanée. Ensuite il affecte une topographie spéciale radiculaire et unilatérale. Enfin dans la règle elle ne récidive pas », — mais pourtant parmi les Zonas atypiques il y a des Zonas qui manquent à un des éléments les plus importants de cette définition, l'unilatéralité : ce sont les Zonas bilatéraux, dont nous allons nous occuper ici ; ces Zonas complets formant une véritable ceinture étaient néanmoins connus des anciens auteurs qui les croyaient d'une gravité toute particulière.

Nous diviserons notre étude sur les Zonas bilatéraux en deux parties :

1° Zonas bilatéraux asymétriques dans lesquels les lésions siègent dans les deux côtés du corps, mais à hauteurs différentes.

2° Zonas bilatéraux et symétriques, d'ailleurs de beaucoup les plus fréquents, caractérisés par des lésions siégeant dans les deux côtés du corps mais toujours au même niveau, formant la véritable ceinture.

Nous ne nous occuperons pas dans cette étude des autres variétés de Zonas atypiques : Zonas généralisés, Zonas avec vésicules aberrantes, Zonas bilatéraux sans éruption d'un des deux côtés, Zonas bifurqués, etc... En réservant le terme de Zonas doubles pour les deux variétés de Zonas bilatéraux (symétriques et asymétriques) avec toutes les autres variétés dans lesquelles il y a deux éruptions différentes mais qui siègent dans un même côté du corps.

Nous décrirons donc dans les chapitres successifs de ce travail :

1° Aperçu historique ;

2° Zonas bilatéraux :

a) Zonas bilatéraux asymétriques ;

b) Zonas bilatéraux symétriques ;

3° Diagnostic.

4° Traitement.

5° Conclusions.

HISTORIQUE

Le Zona est connu depuis fort longtemps, les auteurs latins qui ont écrit sur la médecine en font mention dans leurs ouvrages; c'est ainsi que Celse disait : « Le feu sacré doit être rangé parmi les ulcères de mauvaise nature ; on en reconnaît deux espèces, la première est caractérisée par une couleur rougeâtre, ou bien elle est mêlée de blanc et de rouge, l'aspect rugueux de la peau est dû à l'apparition de pustules confluentes qui sont toutes d'un égal volume et presque toujours très petites ; la plupart du temps elles renferment du pus et sont souvent accompagnées de rougeur et de chaleur ; ce mal envahit principalement la poitrine, les côtés et les parties saillantes du corps. Le feu sacré de la seconde espèce consiste dans l'ulcération superficielle de la peau et gagne plutôt en largeur ».

Dans la première espèce, Celse se réfère évidemment à l'Herpès Zoster ou Zona, mais pourrait tout aussi bien, d'après Erasmus, Wilson, s'appliquer à diverses formes de lupus ou aux syphilides serpiginieuses, mais il n'est pas douteux cependant que cette affection n'ait pas été connue, sous le nom même que nous lui donnons aujourd'hui, par les médecins

du monde grec romain. Pline l'ancien parle d'un Zoster redoutable se montrant vers le milieu du corps et aboutissant ordinairement à la mort lorsqu'il entoure le corps tout entier.

Jean Gorris (1554) parlait aussi de ce « Feu Sacré » capable de faire le tour du corps. Les médecins du xvr^e siècle connaissaient aussi le Zona, mais il semble être devenu moins familier aux médecins du xviii^e siècle ; Frédéric Hoffman (1720) et Lorry (1776) le distinguent à peine de l'érysipèle, mais c'est Borsuri qui, en 1786, donne une bonne description et arrive à conclure qu'il existe une affection particulière, unilatérale, *le plus souvent* différente de l'érysipèle et du lupus, et la classe entre les fièvres éruptives.

Renauldin, en 1805, rapporte déjà, dans le Dictionnaire des Sciences Médicales, le cas d'une « jeune fille soignée à Beaujon pour un Zona qui occupait une grande partie de la région cervicale, et l'entourait à la manière d'une collerette » ; l'année suivante, Alibert cite aussi deux nouvelles observations de zonas bilatéraux symétriques », l'un entourant le cou absolument comme une cravate vésiculaire » et l'autre, de deux zonas qui saisissaient les deux flancs du malade de chaque côté ». En 1831, Montault, dans le journal hebdomadaire, fait apparaître l'observation d'un malade « avec une éruption zonateuse sur l'hémithorax droit et ultérieurement sur l'hémithorax gauche avec guérison complète ». Thomas, en 1866, dans un mémoire où il rapporte dix-sept obser-

vations de zona « trois fois l'affection siégeait de deux côtés du corps », nous ferons mentions des observations d'Hebra (1872) que dans le *Traité des affections de la peau* dit: « J'ai vu deux fois l'affection bilatérale; elle survenait alors tout à fait symétriquement sur les deux côtés de la face, et ne provoquait que rarement de la douleur ».

Nous citerons à l'étranger celle de Moers (1867), Milton (1872), Dyce Duck Worth (1873), etc... Quelques années après, Testut, dans sa thèse (1876) a groupé sept observations de zonas bilatéraux symétriques et Boulland, dans sa thèse (1888), rapporte 5 observations aussi de zonas bilatéraux; depuis cette date les observations sont devenues un peu plus nombreuses et nous citerons en France celles de: Bâtut, Hallopeau et Bane, Lermoy et Barozzé, etc...; à l'étranger, Magge, Hardaway, Robertson, Walles, etc.

Quant aux zonas bilatéraux, asymétriques, les observations sont plus fréquentes dans le siècle actuel. Le professeur Alfred Fournier, en 1900, présente à la Société de Dermatologie le seul cas observé par lui. Fabre, en 1903, dit n'en avoir observé qu'un seul cas sur 231 cas de zona observés pendant une période de trente-sept ans. D'autre part, nous signalerons aussi en France celle de Souquès, Tourraine et Baumgartner et Melnotte. En Italie, Truffi ; en Angleterre, Walker ; en Amérique, Mobley et Verney-et-Jaimaison. Et enfin la dernière observation sur cette variété de zona a été présentée par MM. Mi-

lian et Lafourcade à la Société de Dermatologie, le 9 mai 1935, et c'est en nous inspirant dans cette observation, que M. Lafourcade a bien voulu très aimablement nous céder, que nous avons fait l'objet de ce travail.

ZONAS BILATÉRAUX

Toutes les descriptions du zona que l'on trouve dans les traités classiques s'accordent unanimement à reconnaître que l'éruption du zona est unilatérale, de même que sont unilatéraux les phénomènes névralgiques.

Parmi toutes les éruptions cutanées, le zona serait incontestablement la plus remarquable si l'on tenait compte exclusivement de sa localisation.

Ainsi, l'éruption du zona fessier restera localisé à la région fessière droite ou gauche et les vésicules du zona intercostal restent toujours comprises entre la ligne médio-sternale, en avant et la ligne des apophyses épineuses en arrière, l'éruption zostérienne ne forme jamais une ceinture complète, ce fait a été de tout temps un sujet d'étonnement pour les pathologistes ; bien plus, on a considéré cette localisation comme relevant d'une cause mystérieuse et les vieux mots de feu Saint-Antoine et feu Persique, dont l'origine est peut-être plus mystérieuse encore, suffisent pour en témoigner.

Il n'y a rien de spécial à dire sur ces localisations et nous ne ferons que signaler l'aphorisme populaire : « La double ceinture est mortelle ». Il faut

toujours supposer qu'il y a quelque chose de fondé dans ces croyances, surtout dans celles qui affectent une allure scientifique. Pris au pied de la lettre, le susdit aphorisme est faux; mais il faisait comprendre « que le zona bilatéral est tellement rare que si jamais il se produisait on pouvait mourir ».

Et puis, peut-être le peuple avait-il observé avant les savants ces cas, rares, il est vrai, de zona bilatéral qui accompagnaient les plus graves maladies de la moelle épinière; peut-être aussi le confondaient-ils avec l'herpès de la méningite cérébro-spinale, maladie presque toujours fatale?

Cliniquement, l'éruption apparaît brusquement ou bien est annoncée par des prodromes et accompagnée de douleurs.

Elle débute par des plaques érythémateuses, ovales, ou de contours irréguliers, en nombre variable, séparées par des espaces de peau saine. Plus tard, des vésicules se forment d'abord au centre, puis sur la plaque entière, et grossissent rapidement, atteignant le volume d'une tête d'épingle. Le liquide devient trouble, purulent même, le troisième ou quatrième jour, la dessiccation commence le cinquième ou sixième jour pour se terminer vers le huitième ou douzième jour; les croûtes ne tombent qu'au bout de douze à vingt jours.

L'apparition de diverses plaques n'est habituellement pas simultanée, mais successive, en se faisant en deux ou trois jours; on observe donc, à la fois, plusieurs stades.

L'adénopathie primitive zostérienne est précoce ; parfois, dès avant l'éruption (Ramond), elle est quelquefois visible à l'œil nu ou à la simple inspection ; généralement la palpation est nécessaire pour la découvrir. Les ganglions hypertrophiés sont fermés, mais élastiques, mobiles, sensibles ; leur nombre est variable, le plus souvent il n'y en a qu'un seul, parfois il peut y en avoir plusieurs. L. Ramond et Lebel n'en ont pas compté plus de quatre, Barthélemy en a trouvé jusqu'à douze. La grosseur de l'adénite varie des dimensions d'un pois à celles d'une noix, elle est en moyenne égale à celle d'une noisette.

L'adénite zostérienne primitive a son siège réglé par la topographie de l'éruption ; les ganglions tuméfiés sont ceux dont les lymphatiques afférents viennent du territoire atteint. Pour les sentir, il faut donc explorer l'aisselle pour les zonas du membre supérieur et ceux de la partie sus-ombilicale du tronc (en particulier pour le zona intercostal, si fréquent), les aines pour les zonas sous-ombilicaux de l'abdomen et ceux du membre inférieur.

Au cas de zona ophtalmique, c'est le ganglion préauriculaire qui est engorgé ; ce sont les ganglions sous-occipitaux pour le zona occipito-cervical, etc...

Parfois les adénopathies zostériennes siègent en des régions où l'on n'est guère habitué à voir des adénites, par exemple : sur les parois latérales du thorax contre le grill costal, juste au-dessous de l'épine de l'omoplate, ou au sommet de la fosse sus-épineuse.

Comme l'éruption cutanée, cette adénite est unila-

térale, sauf un seul cas rapporté par Barthélemy, où les ganglions symétriques du côté opposé à l'éruption étaient pris également, quoique à un bien moindre degré. Il s'agirait ici peut-être d'un zona bilatéral symétrique, sans éruption d'un des deux côtés, comme l'observation rapportée par Minet-Leclercq.

Les symptômes douloureux sont variables ou peuvent manquer. Presque toujours cependant, le zona est, soit annoncé plusieurs jours ou même plusieurs semaines d'avance, soit accompagné, soit encore suivi de douleurs névralgiques ; elles sont continues ou paroxystiques, affectant toutes les formes possibles, surtout celle de brûlure intense ; la fréquence, l'intensité et la durée de la douleur sont en rapport avec l'âge du malade ; elles manquent ordinairement chez l'enfant et par contre chez le vieillard elles peuvent persister indéfiniment et causent une véritable torture.

Le zona peut être annoncé par des phénomènes généraux : malaise, courbature, anorexie, fièvre passagère de 39 à 40 degrés, etc...

Dans les zonas bilatéraux, l'envahissement des lésions peut se faire, suivant ces caractères ; d'emblée les deux côtés du corps ; ou bien on assiste à l'éruption d'un zona unilatéral paraissant devoir évoluer normalement et puis, quelques jours après, apparaissent les lésions du côté opposé. Dans ce cas, habituellement cette deuxième éruption est moins étendue, ainsi que les douleurs et les engorgements ganglionnaires qui sont moins intenses aussi. Cette

bénignité de la deuxième atteinte est expliquée, d'après Gougerot, par une sorte d'immunité conférée par la première atteinte.

A l'heure actuelle, on considère le zona comme une maladie infectieuse due à un virus spécifique, inconnu, conférant l'immunité, donc, ne récidivant que rarement.

Certains auteurs américains, comme le font remarquer Varney et Jamieson, considèrent ces zonas bilatéraux comme d'étiologie syphilitique ; d'autres, comme Macleod, le considéreraient comme symptomatique d'une myélite ; d'autres encore, comme de nature tuberculeuse. Nous ne discuterons pas ici ces différentes hypothèses de démonstration difficile.

En résumé, les zonas bilatéraux sont bien des zonas atypiques, mais ils ne sont atypiques que pour le fait de leur double localisation, et chaque éruption unilatérale reste fidèle, au point de vue typographique, aux habitudes du zona que, bien que bilatéral, reste localisé.

ZONAS ASYMETRIQUES

Ces zonas se présentent avec une éruption bilatérale, mais siégeant à différentes hauteurs plus ou moins éloignées des deux côtés du corps. Les caractères dermatologiques de l'éruption sont les mêmes que dans les formes ordinaires et ils restent toujours localisées au territoire d'un plexus nerveux, d'un nerf, ou d'une branche nerveuse déterminée.

Pour bien mériter ce nom, nous croyons nécessaire que l'éruption occupe les ramifications nerveuses correspondantes à des orifices de différents niveaux sur l'axe cérébro-spinal ; car on sait que dans le zona simple « la limitation par la ligne médiane n'est pas toujours absolument nette et un petit groupe aberrant peut prolonger la bande éruptive sur le côté sain en avant et en arrière » (Rist).

Parmi les zonas bilatéraux et asymétriques, qui sont d'ailleurs les moins fréquents des zonas bilatéraux, ceux qui atteignent la face et les membres sont plus communs que ceux du tronc.

Nous allons maintenant exposer notre observation ainsi que celles, de cette forme, que nous avons pu recueillir dans la littérature.

OBSERVATION N° I (Personnelle) recueillie dans le service de M. le Dr Millian, à l'hôpital Saint-Louis.

Le sujet, G... Ali, ouvrier tourneur, âgé de 33 ans, vient consulter le 4 mai courant pour une douleur violente siégeant « dans la poitrine gauche ».

L'examen permet de constater immédiatement l'existence d'un zona thoracique gauche occupant le sixième espace intercostal. Il s'agissait d'une éruption, strictement unilatérale, consistant en deux placards allongés érythémateux, suivant la direction de l'espace, situés l'un sur la partie latérale du thorax, l'autre à sa partie postérieure. Sur chacun de ces placards dont la longueur n'excédait pas de 3 à 4 cen-

timètres, était groupé un bouquet de 10 à 15 vésicules presque confluentes, transparentes, à reflets brillants et remarquables par leur fermeté. De plus, sur la partie antérieure du même espace, on voyait cinq à six vésicules isolées apparues en plein tégument sain.

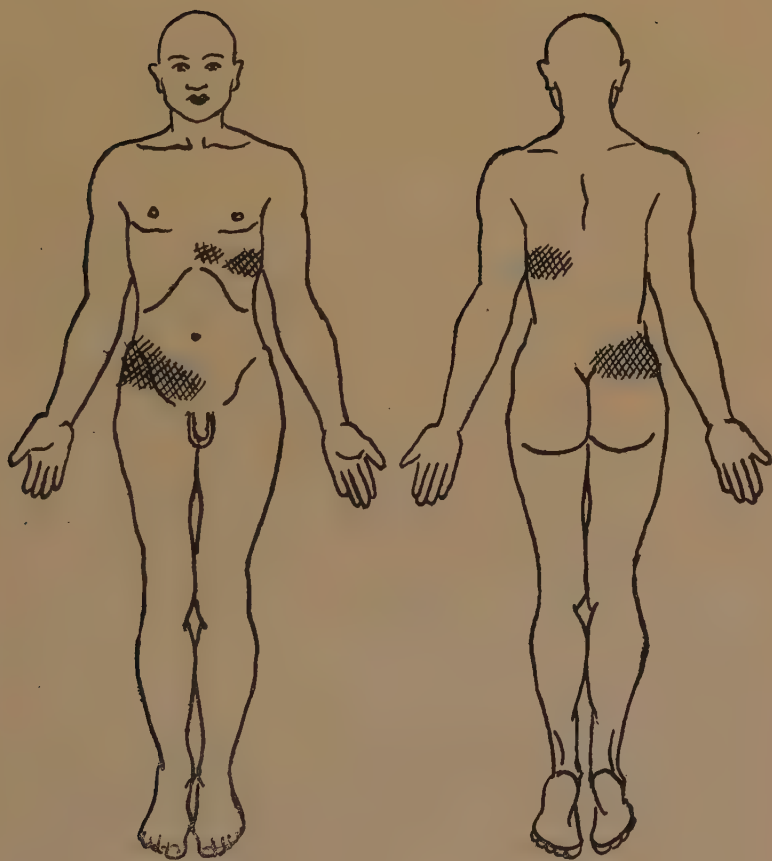
A notre grand étonnement, nous vîmes une deuxième éruption à peu près identique occupant la partie droite la plus inférieure de l'abdomen. Elle siégeait en demi-ceinture à peu près continue depuis la moitié droite du sacrum, jusqu'à la région inguinale du même côté. On y apercevait plusieurs plaques érythémateuses irrégulières, couvertes de vésicules unies les unes aux autres par des vésicules apparues en peau saine. La douleur névragique accusée par le malade dans cette région était moins vive que celle de la région thoracique, de plus les vésicules flétries montraient que l'éruption était d'âge plus avancé. Cette éruption présentait les mêmes caractères du zona et l'on ne pouvait porter que le diagnostic de zona double, intercostal gauche et lombinguinal droit.

L'examen du malade mit en évidence l'existence d'adénopathies. Dans l'aîne droite on constata un ganglion du volume d'une noix environ, douloureux, dur, nodule sans périodénite. Dans l'aisselle gauche, il existait également deux autres ganglions de moindre volume mais tout aussi douloureux. Le ganglion sus-épitrochléen gauche gros comme un pois était sensible.

L'interrogatoire du malade confirma le diagnostic

objectif. L'affection remontait au 22 avril dernier, elle débuta très brusquement par un état infectieux aigu qui obligea le malade à quitter son travail. Il fut pris subitement de frissons prolongés avec élévation thermique à 38°5 céphalée intense s'accompagnant de douleurs névralgiques abdominales et intercostales avec abattement, courbature généralisée et lassitude extrême.

Deux jours après l'éruption abdominale fit son apparition coïncidant avec une amélioration de l'état général. Vingt-quatre heures après, elle fut suivie de l'apparition du zona thoracique. Mais les névralgies persistèrent et elles amenèrent le malade à venir consulter. Une ponction lombaire faite le 7 mai montra seulement une très légère réaction méningée (albumine : 0,20 ; lymphocytes : 4,1 ; réaction Wassermann négative).



Observation n° 1 (personnelle)

Schéma de la localisation des lésions

OBSERVATION II

*Alfred Fournier. — Zona double et alterné.
Bulletin de la Société française de Dermatologie
et de Syphiligraphie (séance du 5 juillet 1900).*

Un jeune homme âgé de 26 ans, se traînant plutôt que marchant, se présente à la consultation. La maladie a débuté deux jours auparavant par une inflammation de l'anüs avec douleur aiguë, cuisson et prurit intolérable. La région périanale offre une rougeur écarlate et secrète un suintement abondant, laissant des vésicules élevées.

Le diagnostic porté est celui d'herpès géant, mais trois jours plus tard présentant alors sur la fesse six placards érythémateux, surmontés d'une vésiculation herpétiforme caractéristique et sur le tiers supérieur de la cuisse des placards semblables descendant jusqu'au jarret sur le trajet d'une ligne verticale répondant au nerf petit sciatique droit.

Neuf jours après sa première visite, le malade revient encore. Il ne souffre plus de son anus, fesse et cuisse ; mais depuis deux jours il présente une éruption de zona sur le côté gauche du thorax au niveau des 8^e et 9^e côtes.

Au delà, résolution rapide de ces diverses lésions, sans nouvel accident à signaler.

OBSERVATION III

Souquès. — Zona double à la suite d'une encéphalite léthargique. *Revue Neurologique*, 1920.

Huit mois après le début d'une encéphalite léthargique survient le zona, après un jour de malaise et de céphalée la malade ressentit, le lendemain au réveil, une douleur cuisante sur le côté gauche du cou et le côté droit du thorax, qui dura un mois, aussi elle remarqua une éruption cervicale et une éruption thoracique, dans les mêmes régions douloureuses.

Quand cette malade entre à l'hôpital, trois semaines après les débuts de ce phénomène, les vésicules avaient disparu, mais leurs traces étaient très marquées, aujourd'hui encore elles se voient à grande distance. Les cicatrices sont entourées d'une auréole fortement pigmentée.

Les deux éruptions cervicales et thoraciques qui apparurent le même jour ont évolué de la même manière. L'éruption qui s'était limitée exactement à la ligne médiane, en avant et en arrière, occupe, au cou, le territoire de C² et C³ et au thorax celui de D⁶ et D⁷. Le liquide céphalo-rachidien, examiné le jour de l'entrée, le 17 octobre, fut trouvé normal.

OBSERVATION IV

Tourraine et P.-H. Baungartner. — Zona ophtalmique double. *Bull. de la Soc. Dermat. et Syph.*, 1934

Il s'agit d'un terrassier, âgé de 56 ans, qui, le 22 avril dernier, fut pris brutalement de céphalée, courbature,

température à 40°, deux jours après, douleurs très vives dans tout le territoire du nerf ophtalmique gauche, avec œdème de la paupière supérieure, puis petits placards érythémateux, et en quelques heures bouquet de vésicules. Le jour suivant, mêmes incidents du côté droit, mais beaucoup plus violents.

A son entrée à l'hôpital, le 28 avril, on constatait à droite, zone ophtalmique intense qui intéressait les branches frontales et lacrymales du nerf.

Du côté gauche : léger œdème de la paupière supérieure, avec deux ou trois vésicules en coalescence. Au-dessus de la queue du sourcil, se trouve un fort bouquet de vésicules, au nombre d'une dizaine environ.

OBESERVATION V

Mario Truffi. — *Zoster billatérale alterne (Intercostale destro et cervicale sinistro) con Paresie concomitante dei faciale.* « *Giornale italiano delle Malattie venerée e delle felle* », 1908.

G. G..., âgé de vingt-six ans, entre à l'hôpital présentant une éruption précédée et accompagnée de douleurs névralgiques, mais sans fièvre appréciable. Cette éruption était en tout, comparable à une éruption de zona qui siégeait dans la région cervicale postérieure et latérale gauche et à la joue du même côté. Les groupes vésiculaires à base érythémateuse ne dépassant pas la ligne médiane ni en avant ni en arrière et étaient situés à la région cervicale postérieure ; en arrivant jusqu'à la hauteur de la sixième

vertèbre cervicale il y avait des petits groupes disséminés dans les parties latérales du cou.

Le malade présentait aussi, au niveau de la huitième côte droite, une éruption érythémateuse de quelques centimètres de diamètre, parsemée de petites vésicules ; ces lésions prenaient une forme liniaire et étaient limitées à la région latérale et antérieure du tronc.

Il n'avait pas de douleurs spontanées, mais il existait une sensation de cuisson. Il n'avait pas de fièvre.

OBSERVATION VI

Enr. C. Walker. — Un cas de Zoster bilatéral. *Lancet*,
12 avril 1924.

Il s'agit d'un malade âgé de 29 ans, fermier, de nationalité irlandaise, il est admis à l'hôpital le 2 février 1924 pour une éruption zonateuse qu'il dit avoir débuté sept jours auparavant.

Deux mois avant le début de ses troubles, le malade dit avoir remarqué une démangeaison dans la portion supérieure du thorax aux deux côtés en même temps.

Le soir avant l'apparition de l'éruption, le malade ressent une douleur siégeant à cinq centimètres environ au-dessus de la mamelle gauche.

Deux jours plus tard, une douleur à peu près pareille apparaît du côté droit et à la même hauteur que celle du côté gauche. Deux jours après apparaît l'éruption typique des deux côtés ; d'après le malade,

le côté gauche fut le premier atteint, quoi qu'il n'en soit pas très sûr.

La distribution des lésions était la suivante :

Côté droit : il s'étendait de la 9^e, 10^e vertèbre dorsale, faisant le tour du thorax en avant, pour venir se terminer entre l'ombilic et l'appendice phixoïde.

Côté gauche : de la 4^e, 5^e et 6^e vertèbre dorsale, se dirigeant en avant et passant par l'épaule gauche au-dessus de la mamelle gauche, à la hauteur des 4^e et 5^e cartilages costaux et prenant aussi une portion du bras (postérieur).

OBSERVATION VII

Charles Mobley. — A case of asymmetrical bilateral Herpès Zoster. Journal of the American Medical Association. 14 septembre 1912.

Le malade, âgé de 66 ans, présentant une éruption typique de zona suivant le nerf facial gauche et le nerf auriculaire postérieur, avec des petits placards aux deux côtés du cou. Aucun ne dépassait la ligne médiane. Il y avait de la fièvre.

24 ou 36 heures après la première éruption, le malade a éprouvé une sensation de cuisson au côté droit du thorax et peu de temps après une éruption vésiculeuse apparut, suivant le trajet du septième espace intercostal droit.

La plupart des lésions de cette seconde éruption du côté droit étaient hémorragiques.

OBSERVATION VIII

Varney and Jamienson. — *A bilateral Herpès Zoster.*
The Journal of American Medical Association, 1910,
30 juillet, page 372.

J. F., âgé de 47 ans, vient consulter pour une éruption érythémateuse qui a débuté depuis trois jours. En ce moment les lésions siègent au côté droit et avaient été précédées et accompagnées par une douleur intense.

Deux jours après, les lésions apparurent au côté gauche, au même niveau. L'éruption siégeant sur le côté droit commençait au niveau de la 12^e dorsale et la 1^{re} lombaire, et en faisant le tour, arrivait jusqu'à la ligne médiane, à l'abdomen, elle descendait aussi à la fesse et région crurale.

Sur le côté gauche, les lésions siègent au même niveau jusqu'à l'aisselle.

Le malade a eu un zona bilatéral 14 ans auparavant.

ZONAS BILATERAUX SYMETRIQUES

On appelle zonas bilatéraux symétriques ceux dans lesquels l'éruption, bien que bilatérale, reste toujours localisée au territoire symétrique, du côté opposé du corps, formant la véritable ceinture.

Plus fréquents que les asymétriques, ces zonas siègent habituellement à la face et au thorax, comme

le montre la statistique faite par Minet-Leclercq qui a pu grouper, dans un mémoire, 43 observations de cette espèce. Il s'agissait de:

Zonas de la face.....	15
• Thorax	12
Cou	5
Membres inférieurs.....	3
Bouche	2
Lombo-sacrè	2
Abdomen	2
Membres supérieurs.....	1

Ces zonas symétriques n'ont point comporté un pronostic plus grave que les formes ordinaires de zona. Il y a simplement dans ces zonas une prolongation de l'évolution et une réaction générale plus intense.

Voici quelques observations que nous croyons les plus démonstratives:

OBSERVATION I. — Peyre (in thèse Testut, page 84, 1876). — Enfant de onze ans ; début par fièvre, frissons, pouls à 120, zona à la base du thorax, s'étendant à chaque côté (plusieurs plaques à droite, une seule grande à gauche).

OBSERVATION II. — Magée Fenuy (*Brit. med. Journal*, 10 janvier 1887). — Chez un homme de quarante ans, céphalalgie intense pendant quatre jours, puis zona simultanément au cou et à l'épaule de deux côtés. Vésicules un peu plus nombreuses à gauche.

OBSERVATION III. — Behreud. (*Berl. Klin. Woch.*, 14 février 1887). — Zona de deux côtés de la face, à droite territoire de deux premières branches du trijumeau ; à gauche, territoire des trois branches ; température normale ; pouls 100.

OBSERVATION IV. — Elliot (*Jou. of cut. and Genito Urwary Des.*, p. 324, 1888). — Eruption zomateuse du côté gauche du cou, puis du côté droit neuf jours après ; au bout de quelques mois, récédive d'abord à droite, ensuite à gauche.

OBSERVATION V. — Robertson (*Lancet*, juillet 1888). — Cas sinccinct de zona ophtalmique double.

OBSERVATION VI. — Wallès (*Illustr. med. news*, 1980). — Chez une femme de soixante-cinq ans, zona de la région deltoïde gauche. Treize mois après, zona sur les 6^e, 7^e et 8^e espaces intercostaux, et simultanément zona symétrique à la partie externe des cuisses et des jambes. Un an après, nouvelle poussée symétrique sur la région des omoplates.

OBSERVATION VII. — Carpenter (*Brit. Journal of Dermat.*, janvier 1892, page 23). — Chez une fillette, zona siègeant au niveau du sein et entourant complètement le thorax à la manière d'une ceinture.

OBSERVATION VIII. — Hallopeau et Bane (*Soc. Franç. de Dermat. et de Siph.*, 1892). — Eruption bilatérale siègeant surtout sur le côté droit de la face (oreille,

région malaire, paupières supérieures, nez, lèvre inférieure). Le malade a déjà eu plusieurs poussées d'herpès, et les auteurs se demandent s'il ne s'agit pas plutôt de fièvre herpétique que de zona double.

OBSERVATION IX. — Colombini (*Casso singularissimo d'herpès zoster, Universale Selna*, 1893). — Zona des trois branches du trijumeau. Une autre éruption zonateuse sur le territoire de presque tous les nerfs spinaux. Cette éruption est parfaitement symétrique.

OBSERVATION X. — Palm (Soc. Berlin. de Dermat., 4 juillet 1893). — Enfant présentant un zona bilatéral sur le territoire de la 3^e branche du trijumeau. Au deuxième jour d'une angine folliculaire, l'auteur se demande s'il s'agit de la même infection.

OBSERVATION XI. — Lermoy et Barozzé (Soc. des Hôpitaux de Paris, 12 février 1897). — Chez un vieillard vigoureux, éruption zonateuse d'une symétrie pour ainsi dire géométrique, sur toute la paroi supérieure de la gousse. Evolution par poussées successives. Une dernière poussée est strictement unilatérale.

OBSERVATION XIII. — Hallan (Quart. M. I. Sheffield, 1897, p. 123). — Herpès zoster bilatéral sur la zone de distribution de deux trijumeaux.

OBSERVATION XIII. — Bewley (*Brit. Journal of Dermat.*, 1897, p. 270). — Femme de trente-quatre ans, ayant eu à plusieurs reprises des éruptions sur le dos.

Actuellement éruption maculeuse couvrant le dos des deux côtés ; plaques vésiculeuses de chaque côté du coccyx.

OBSERVATION XIV. — Hartzell. (*Amer. Jour. of the Med. Sc.*, vol. XCIV). — Homme de quarante-cinq ans, présentant pendant plus d'un an une série de récides d'un zona fémoral et sacré. A plusieurs reprises les poussées furent bilatérales.

OBSERVATION XV. — Fox. (*Dermat. Soc. of London*, 9 février 1898). — Garçon de neuf mois atteint d'une éruption de zona sur le tiers supérieur de la face antéro-interne des deux cuisses ; plaques de vésicules au niveau du mollet, droit. Etat général bon ; quelques vomissements, ganglions inguinaux intacts.

OBSERVATION XVI. — Abbott Cantrell (*The Philadelphia Polyclinic*, 12 mars 1898, page 140). — Observation sommaire d'un homme qui fut atteint d'un zona bilatéral correspondant au 12^e nerf dorsal des deux côtés, guérison en quelques jours.

OBSERVATION XVII. — Reckzer (*Berl. Klin. Wock.*, 1903, page 612). — Chez une femme de quarante-deux ans, zona commençant à droite dans le territoire du 10^e et du 12^e, puis gagnant les mêmes régions du côté gauche. Guérison complète.

OBSERVATION XVIII. — Chavanne (*Soc. Fr. d'Otol. et de Rhino.*, 1906). — Zona de l'oreille droite puis de

l'oreille gauche, petites vésicules siégeant surtout sur l'antitragus ; symétrie à peu près absolue.

OBSERVATION XIX. — Minue (*Jour. méd. de Bruxelles*, 1909, XIV, p. 195). — Chez un enfant de cinq ans, éruption peu douloureuse se produisant en même temps et symétrique sur les faces internes des deux cuisses sous la forme de vésicules typiques de zona.

OBSERVATION XX. — M. P. Melnotte (*Bull. de la Soc. Fr. de Dermat. et Syph.*, 1932). — Cas de zona bilatéral, lésions siégeant : à gauche en avant sur le trajet des fausses côtes, à droite en arrière au niveau des 10^e, 11^e, 12^e côtes, vésicules aberrantes disséminés.

DIAGNOSTIC

Habituellement, d'après les classiques, on doit faire le diagnostic des zonas sur la rapidité de l'évolution, sur la douleur, sur les caractères de l'éruption et principalement sur la distribution de la lésion « qui ne dépasse pas ou qui dépasse à peine la ligne médiane ». C'est là une cause d'erreur des diagnostics des zonas bilatéraux, un peu frustes.

Le zona étant une maladie de diagnostic facile, celui-ci est fait habituellement par le praticien ou l'entourage, c'est pourquoi les cas de zona bilatéraux rapportés par les auteurs des différents pays sont sans doute une partie des cas existant réellement, de même plusieurs cas ne sont pas présentés par un diagnostic erroné ; diagnostic erroné presque justifiable puisque les classiques enseignent que le zona est toujours unilatéral, donc, un praticien, en présence d'un zona typique et de quelques lésions vésiculaires du côté opposé, pourrait penser à une coïncidence de zona avec herpès, vésicules aberrantes, etc...

Un examen attentif suffira pour éviter de confondre le zona avec l'érysipèle rarement bilatéral qui s'étend, en progression excentrique et est limitée par un bourrelet pathognomonique. On peut également

observer des lésions cutanées rappelant le zona, mais les plaques d'herpès surviennent d'une façon irrégulière non cyclique, elles ne se produisent que sur une portion limitée du territoire d'un tronc nerveux ou bien tateignent les territoires de plusieurs troncs et s'accompagnent de troubles sensitifs, prononcés et d'autres altérations cutanées trophiques ou vaso-motrices. Il faut aussi penser à la possibilité des vésicules aberrantes. Un zona bilatéral avant l'apparition de l'éruption pourrait être pris pour un tabès.

En résumé, le diagnostic des zonas bilatéraux est facile : il suffit d'y penser.

TRAITEMENT

Le zona, nous le savons, est une maladie qui guérit spontanément, mais quelquefois elle s'accompagne de douleurs si rebelles et pénibles, ou laisse derrière lui tant de souffrances incoercibles et fort durables qu'il faut lui opposer une thérapeutique efficace. Ce soulagement de la douleur, on peut dire, est la véritable indication thérapeutique du zona. Les injections de morphine doivent être absolument proscrites, en raison de la longue durée des névralgies, d'où possibilité du développement de la morphinomanie; les autres analgésiques comme: l'aconitine, la belladone, l'aspirine, la phénacétine, l'antipirine, le pyramidon, etc., etc., échouent trop souvent.

Milian a pu, avec le 914, procurer aux malades le soulagement, et même la guérison complète des cas qui n'avaient retiré aucun bénéfice des autres moyens courants. Milian dit avoir vu, « dans beaucoup de cas que les douleurs ont été calmées pour ainsi dire immédiatement par l'injection intraveineuse de 0 g. 30 de 914 ». En général, c'est trois ou quatre heures après, en moyenne, que le soulagement apparaît et, comme disent les malades, « ça enlève le mal comme

avec la main ». Lorsque cette douleur persiste, une deuxième injection intraveineuse de 0 g. 45 quatre jours après, complète la guérison ; il est très rare d'avoir besoin d'une troisième injection.

Les douleurs sont également soulagées et guéries ensuite, même lorsqu'il s'agit de séquelles datant de plusieurs mois, ainsi que l'on observe chez le vieillard.

Dernièrement, M. Camescasse a préconisé l'emploi de vaccin staphylococcique qui paraît agir aussi très efficacement contre l'éruption et les douleurs. La technique de son emploi offre la plus grande simplicité. Il s'agit de faire en peau saine, mais au voisinage immédiat des placards dermiques, une première injection d'un demi-centimètre cube au moins, de vaccin anti-staphylococcique. Cette injection serait suivie d'une seconde de 1 centimètre cube quarante-huit heures après, et, si besoin est, d'une troisième de 1 centimètre cube et demi.

On peut faire une thérapeutique locale qui doit être purement protectrice et aussi simple que possible, c'est dire qu'on éviterait tous les topiques astringents, ou irritants ; les pommades elles-mêmes sont mal supportées, et les poudres inertes constituent certainement le pansement le plus rationnel et le moins dangereux ; on emploiera le talc ou l'oxyde de zinc de préférence, et l'on recouvrira la région malade avec de la gaze hydrophile doublée extérieurement d'une bonne couche d'ouaté. S'il y a infection des vésicules, c'est aux poudres encore qu'on s'adressera : l'aristol ou le der-

matol mêlés au talc à parties égales donneront les meilleurs résultats ; on n'emploiera les solutions antiseptiques que pour les lavages, et l'on s'abstiendra de leur usage en compresses permanentes.

Les eaux de Lamalou, Plombières, et surtout celles de Neris, peuvent être recommandées ultérieurement.

CONCLUSIONS

- I. — Les zonas bilatéraux, bien qu'une éventualité rare ne sont pas exceptionnels.
- II. — Les zonas bilatéraux symétriques sont plus fréquents que les zonas bilatéraux asymétriques, et parmi ces derniers, ceux qui atteignent la face et les membres sont plus fréquents que ceux du tronc.
- III. — Dans les zonas bilatéraux, si l'éruption n'est pas simultanée, celle des deux qui apparaît la dernière est habituellement plus bénigne.
- IV. — Ces formes de zona ne comportent pas un pronostic plus grave que les formes ordinaires. Il y a simplement quelquefois une prolongation de l'évolution, et une réaction générale plus intense.
- V. — Les zonas bilatéraux sont bien des formes atypiques, mais ils ne sont atypiques que par le fait de sa double localisation, car cha-

que éruption unilatérale reste fidèle, au point de vue topographique, aux habitudes du zona. Le diagnostic en est donc assez facile.

Vu : *Le Doyen,*
G. ROUSSY.

Vu : *Le Président de la Thèse,*
GOUGEROT.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- BOULLAND. — Thèse de Paris, 1888.
- BOUQUET. — *Monde Médical Déc.*, 1934.
- CAMESCASSE. — *Bull. de l'Académie de Médecine*, 13 novembre 1934.
- DARIER. — *Précis de Dermatologie*, Masson, 1928.
- FOURNIER. — *Soc. Fr. de Dermat. et Syph.*, 1900.
- GALISSOT. — Thèse de Lille, 1913.
- GOUGEROT et SALIN. — Zonas multiples et immunité zonateuse. *Bull. de la Soc. Fr. de Dermat. et Syph.*, janvier 1911. *Gazette des Hôpitaux*, novembre 1910.
- GOUGEROT. — La Dermatologie en clientèle. Maloine, 1932.
- GIRARD. — Thèse de Lyon, 1909.
- HERMANN. — *Hesperes Zoster Symetricus. Zentrall J. Geschlechteskr. Dic.*, 1929.
- KONRAD. — *Symmetrischer Zoster duplex bilateralis, nach Behandlung eines carcinomes mit poljak salbe, Zentrall J., Hant n Geschlechteskr. Oct.*, 1931.
- L'HERMITE. — Les idées nouvelles sur le zona. *Semaine des Hôpitaux*, juillet 1930.
- MOBLEY. — A case of asymmetrical bilateral Herpes Zoster. *Journ. of the Amer. Med. Ass. Sep.*, 1912.
- MELNOTTE. — Zona thoracique à topographie particulière. *Bull. de Soc. Fr. de Dermat. et Syph.*, 1932.
- MILIAN. — Le traitement du zona. *Paris Médical*, janvier 1929.
- MILIAN et LAFOURCADE. — Un cas de zona double. *Bull. de la Soc. Fr. de Dermat. et Syph.*, mai 1935.

- MINET et LECLERCQ. — Zonas atypiques. *Bull. et Mémoir. de Soc. Méd. des Hôp.*, janv. 1912.
- MINET et LECLERCQ. — Zonas atypiques. *Rev. de Médecine*, fév. et mars 1912.
- MACLEOD. — *Diseass of the skin*. H. K. Lewis, London, 1933.
- ORDETJ. — *A proposito del tratamiento del Hesperes Zoster por el Neosalvarsan*. *Bull. de la Soc. Cubana de Dermatologia y sifiligrafia*.
- RISH. — *In la pratique Dermatologique* (Besnier, Brocq, Jacquet).
- RAMOND. — *Conférences de clinique médicale*. Masson, Paris.
- SOUQUES. — Zona double à la suite d'une encéphalite léthargique. *Revue de Neurologia*, 1920.
- TOURAINÉ et BAUMGRATNER. — Zona ophtalmique double. *Bull. de la Soc. Fr. de Dermat. et Syph.*, 1934.
- TRUFFI. — *Zoster Billaterale Alterne*. *Giornale Italiano della Malattie Venerée et delle Felle*, 1908.
- VERNEY and JAMIENSON. — *Bilateral Herpes Zoster*. *The Journ. of Amer. Med. Ass.*, juill. 1910.
- WISDIEWSKY. — *Herpes Zoster bilateralis*. *Sect. de Dermat. de la Soc. Med. de Varsovie*, juin 1912.
- WALKER. — *A case of bilateral Hesperes Zoster*. *Lancet*, avril 1924.

Imprimerie Spéciale de la Librairie RODSTEIN, Paris

